

電離放射線健康診断 調査（問診）票

この書類は、山口大学放射性同位元素等規制規則第25条の規定に基づき、放射性同位元素及び放射線発生装置の取扱者に対して、放射線の被ばくについて健康診断の問診のために用いるとともに、検査の必要性の判定を依頼するためのものです。

以下の記入年月日、所属、氏名、1～4について漏れのないよう記入してください。

記入年月日		(西暦) 年 月 日	
☐ 教職員	() 学部, 大学院 () 研究科, 附属病院, その他 ()		
☐ 学部生	学部・学環	学科(課程)	() 年 学籍番号(学部・学環生および大学院生)
☐ 大学院生	研究科	専攻	M () D ()
☐ 研究生等	() 学部・研究科, その他 ()		
ふりがな	生年月日		年 月 日
氏名	年齢		() 歳
	性別		男・女

1 従事前の放射線作業従事歴について該当する方にチェックをしてください。

☐ 有⇒2～4を記入	☐ 無⇒3～4を記入
-----------------------------------	-----------------------------------

2 従事前の放射線作業従事記録について記入してください。

従事前の被ばく線量の累計 ※ガラスバッジ等の測定結果を書いて下さい。 線量が「0」の場合も記入してください	実効線量	等価線量		
		皮膚	眼	女性腹部
	mSv	mSv	mSv	mSv
放射線作業の場所				
放射線作業の内容	☐ 教育・研究 ☐ 診療 ☐ その他 ()			
放射線作業の期間	年 月 ～ 年 月			

3 使用予定の線源の種類について該当するものにチェックをして下さい。(複数回答可) (※~~獣医療用のX線装置は医療用に☑~~)

☐ 医療用のX線装置	☐ 工業用等のX線装置で撮影用のもの	☐ 工業用等のX線装置で透視用のもの
☐ 工業用等のX線装置で分析用のもの	☐ 工業用等のX線装置でその他のもの	☐ 荷電粒子を加速する装置
☐ 医療用ガンマ線照射装置	☐ 工業用等のガンマ線照射装置	☐ ガンマ線照射装置以外の放射性物質を装備している機器
☐ 放射性物質(核種: 例: ¹³³ Xe)	☐ 原子炉	☐ その他 ()

《電離放射線障害防止規則 第58条》

4 現在の自覚症状の有無を記入してください。

(1) 全身症状	☐ なし	☐ あり(状態:)
(2) 皮膚症状	☐ なし	☐ あり(状態:)
(3) 眼症状	☐ なし	☐ あり(状態:)

※確認者（指導教員・管理室長等）は上記問診内容に記入漏れがないか確認の上、押印願います。

● 確認者署名 学生の場合は、指導教員も確認・ 押印のこと	指導教員名(学生の場合)	印
	管理室長等氏名	印

※以下の欄は医師が記入

調査の評価

放射線障害の有無	有・無 (有の場合は次欄に記入)
放射線障害の具体的な症状	

健診または検査についての医師の指示〈下記にチェック〉

健康診断省略の可否	☐ 可・ ☐ 否
血液の検査	☐ 必要と認める・ ☐ 必要でないと認める
皮膚の検査	☐ 必要と認める・ ☐ 必要でないと認める
眼の検診	☐ 必要と認める・ ☐ 必要でないと認める
医師の氏名	